

## ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ЖІНОК СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРИТ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

**Ждан В.М., Лебідь В.Г., Бабаніна М.Ю.**

*Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична  
стоматологічна академія», м. Полтава, Україна*

Актуальність проблеми остеоартриту (ОА) зумовлена його широкою розповсюдженістю, складністю в лікуванні та ранньою інвалідизацією хворих. ОА відноситься до хвороб з високою коморбідністю і поєднується з артеріальною гіпертензією, атеросклерозом, ішемічною хворобою серця. Сучасна жінка третину свого життя проводить в пост менопаузі - періоді, який супроводжується значним зниженням якості життя за рахунок розвитку вегето-судинних, психоемоційних, урогенетальних порушень, остеоартриту та остеопорозу.

Мета: вивчити ефективність, анальгезуючий, протизапальний ефект і безпеку схеми лікування комбінацією препаратів: хондропротектора (хондроїтин сульфату 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім глюкозаміну гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500мг, 1,5 міс.), сартану (вазар 80-320 мг на добу, постійно), статину (розувастатину 20 мг на добу, постійно), Омега-3 - тригліцеридів (Омега-3 по 1 капсулі на добу, 3 міс.), кардіопротектора (дигідрохлорида триметазидин 35 мг 2 рази на добу, 3 міс.), бісфосфонату (ризедронату натрію 35 мг 1 раз на тиждень, 1 рік) в порівнянні з групою, яка отримувала хондропротектор (хондроїтин сульфат 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім глюкозамін гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500 мг, 1,5 міс.) на фоні прийому вазару і розувастатину у хворих на ОА в поєднанні з коморбідною патологією.

В дослідження включені 50 хворих віком від 54-83 років, розділених по групам: *1 група* - ( n=25), яка отримувала хондропротектор (хондроїтину сульфат 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім - глюкозаміну гідрохлорид 500 мг з

хондроїтин сульфатом 500мг, 1,5 міс.), сартан (вазар 80-320 мг на добу, постійно); статин (розувастатин 20 мг на добу, постійно), Омега-3 - тригліцериди (Омега-3 по 1 капсулі на добу, 3 міс.), кардіопротектор (дигідрохлориду триметазидин 35 мг 2 рази на добу, 3 міс.), бісфосфонат (ризедронат натрію 35 мг 1 раз на тиждень, 1 рік); 2 група – (n=25) отримувала хондропротектор (хондроїтин сульфат 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім глюкозамін гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500 мг, 1,5 міс.) на фоні прийому вазару і розувастатину.

Критерії ефективності лікування: загальні клінічні обстеження крові, сечі, креатиніну, загального білірубіну, АЛТ, АСТ, холестерину, рентгенографії і УЗД дослідження колінних суглобів, денситометрії, індексу Лекена, шкали WOMAC, ВАШ і критерії якості життя по EuroQol-5D.

Відмічена позитивна динаміка функціонального стану опорно-рухового апарату в обох групах пацієнтів: 1 група – 23 хворих, 2 група – 18 хворих. Виражений позитивний ефект в 1 групі пацієнтів: більш виражене зниження індексу Лекена, динаміки шкали WOMAC, ВАШ, денситометрії, покращення якості життя за критеріями EuroQol-5D, збільшення термінів ремісії ОА і супутньої патології.

Отже, доведена позитивна клінічна ефективність впливу даної комбінованої терапії в поєднанні ампулованої та таблетованої форм хондропротекторів на фоні прийому сартану, статину, кардіопротектору, бісфосфонату, поліненасищених жирних кислот, яке показало більш високу ефективність в плані зменшення больового синдрому і покращення функціональної здатності суглобів, а також підвищення якості життя жінок старших вікових груп, хворих на ОА у поєднанні з коморбідною патологією.

В подальшому вбачається перспектива застосування даної схеми лікування в практичну охорону здоров'я з метою покращення якості життя пацієнтів з даною патологією.